

Úlcera granulosa tuberculosa oral secundaria en mucosa vestibular mandibular: Diagnóstico y tratamiento

Valenzuela-Narváez Rocío Violeta PhD DDS¹, Machco Eriberto Ms D², Estrada Ana³,
Suarez Conny³, Vizcarra Vanessa³

¹ Profesora Contratada. Facultad de Medicina, EAP Estomatología, Clínica Integral Adulto II, Universidad Privada Alas Peruanas. Lima, Perú.

² Profesor Contratado. Facultad de Medicina, EAP Estomatología, Clínica Integral Adulto I, Universidad Privada Alas Peruanas. Lima, Perú.

³ Estudiante. Facultad de Medicina. EAP Estomatología. Clínica Integral Adulto II. Universidad Privada Alas Peruanas. Lima, Perú.

Resumen

La tuberculosis TBC es una enfermedad crónica causada por *Mycobacterium tuberculosis*. Alrededor de ocho millones de personas son afectadas anualmente en el mundo y tres millones mueren al año, por complicaciones de tuberculosis. En Perú, el número de nuevos casos registrados anualmente asciende a 27,412, reportando un número de fallecidos de 1,237 personas cada año. En la cavidad oral, las manifestaciones clínicas, se consideran como lesiones atípicas, encontrándose entre el 0,05% a 5,00% de casos de tuberculosis. Se distingue la tuberculosis oral secundaria, como respuesta a la invasión del bacilo *M. tuberculosis* de los tejidos orales, predispuesto por factores locales como higiene oral deficiente, dispositivos protésicos y tratamientos odontológicos inadecuados.

El objetivo de este trabajo, es reportar un caso, en una examinación de rutina, de una úlcera granulosa que no cicatriza, crónica, de aspecto irregular, con depresión profunda, de dos centímetros de diámetro, localizada en mucosa vestibular de la zona premolar de la arcada mandibular izquierda, de una mujer de 42 años de edad, a quien se le realizó la anamnesis detallada, y la examinación clínica, para enfatizar la importancia de un diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado de la paciente. La paciente fue sometida a protocolo de tratamiento clínico y quirúrgico estomatológico.

Se realizó la escisión quirúrgica de la úlcera en su totalidad y en consecuencia, la cirugía plástica periodontal, en la zona de la lesión, posicionándose un autoinjerto de tejido conectivo sub epitelial extraído de la zona palatina. Fueron obtenidos resultados óptimos, en la mejora de la salud bucal, función y confort de la paciente, en los controles postoperatorios a los 15, 30 y 60 días respectivamente.

Keywords: úlcera granulosa, tuberculosis oral secundaria, auto injerto conectivo sub epitelial.

INTRODUCCIÓN

Tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica, causada por *Mycobacterium tuberculosis*. Alrededor de ocho millones de personas son afectadas anualmente en el mundo y tres millones mueren al año, por complicaciones de tuberculosis. [1-8] En Perú, el número de nuevos casos registrados anualmente asciende a 27,412, reportando un número de fallecidos de 1,237 personas cada año. [9] La tuberculosis es clasificada clínicamente como pulmonar y extra pulmonar. La tuberculosis pulmonar es la formamás común de la enfermedad, mientras que la extra pulmonar oscila entre un 10% a 15% de gente infectada. [1,2] Las lesiones de tuberculosis oral no son comunes, encontrándose entre el 0,05% a 5,00% de casos de tuberculosis, desarrollándose en la mayoría de los casos como úlceras indoloras crónicas. [5,10] Se distingue la tuberculosis oral primaria, con mayor frecuencia en pacientes jóvenes y la tuberculosis oral secundaria con frecuencia adultos de edad media y avanzada, infectando el *M. tuberculosis*, mucosa bucal, mucosa gingival, lengua, frenillo lingual y labios, con mayor frecuencia en hombres que en mujeres. [5,18-21]

El objetivo es, reportar un caso, en una examinación de rutina, de una úlcera granulosa que no cicatriza, crónica, de aspecto irregular, con depresión profunda, de dos centímetros de diámetro, localizada en mucosa vestibular de la zona premolar de la arcada mandibular izquierda, en una paciente de 42 años de edad, a quien se le realizó la anamnesis detallada, y la examinación clínica, para enfatizar la importancia de un diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado de la paciente.

REPORTE DE CASO

Mujer de 42 años de edad, quien acude a consulta estomatológica, para su tratamiento de rehabilitación oral. Se realiza la anamnesis detallada, y el registro de datos en la historia clínica odontológica. A la examinación clínica intraoral, se observa, la presencia de una úlcera granulosa que no cicatriza, crónica, de borde irregular, con depresión profunda, de dos centímetros de diámetro, localizada en mucosa vestibular de la zona premolar de la arcada mandibular izquierda. La superficie irregular de la úlcera estuvo cubierta con gránulos de Trelat, asintomática, con ganglios linfáticos locales no aumentados ni dolorosos. (Fig.1) El estudio anatomo patológico de la muestra, evidenció epitelio escamoso multi estratificado, con mínima necrosis caseosa y células gigantes de Langhans, adicionalmente las características clínicas de la lesión, hacen posible su diferenciación de otras patologías en mucosa bucal como sífilis, histoplasmosis, cáncer planoepitelial o estomatitis aftosa recurrente.

La paciente recibió terapia cuádruple con isoniazida INH, rifampicina RMP, Etambutol EMB y Pirazinamida PZA, refiriendo mejora de su condición sistémica, pero no de su condición clínica oral.

Una vez, confirmado el diagnóstico clínico y anatómico patológico, la paciente fue sometida al protocolo de tratamiento clínico y quirúrgico estomatológico.

Se anestesió el nervio dentario inferior y el nervio bucal, con lidocaína 2% con epinefrina 1:80,000. Conseguida la anestesia, se realizó un colgajo mucoperióstico, con incisión de Newmann completo, desde la pieza 36 a 42, incidiendo crestalmente en la zona edéntula e intrasulcular en la zona dentada, procediéndose a la escisión total de la úlcera granulosa tuberculosa oral secundaria, en toda su extensión, proyectándonos a 2 mm en tejido sano, adyacente a la zona de la lesión.(Fig. 2) Se retiró el remanente radicular 34, realizándose la regularización ósea y el curetaje de la zona de la lesión. Se comprueba que el borde del colgajo esté regular. Se lavó la zona operatoria con solución salina estéril (Fig. 3) y en consecuencia, se realizó la cirugía plástica periodontal de la zona de la lesión, posicionándose un autoinjerto conectivo subepitelial, extraído de la zona palatina. (Fig. 4) Se prescribió Eritromicina 500 mg c/6h 10 d. + ibuprofeno 400 mg c/6h 3 d, así mismo, enjuagatorios orales con clorhexidina al 0,12% dos veces por día. A los 10 días se retiran los puntos y se realizan los controles postoperatorios a los 15, 30 y 60 días, realizándose el tratamiento correctivo del paciente. (Fig. 5-8)

El aspecto más importante del tratamiento de TB es la terapia antituberculosa (ATT). Consideramos, que después del diagnóstico oportuno y diferenciado de la cavidad bucal, en nuestro caso, evidenciamos la necesidad del tratamiento clínico y quirúrgico estomatológico adecuado, realizando la escisión total de la úlcera granulosa tuberculosa oral secundaria y la cirugía plástica periodontal. Revelándonos, en los controles postoperatorios a los 15, 30 y 60 días respectivamente, resultados óptimos en la mejora de la salud bucal, función y confort de la paciente tratada.



Fig. 1 Úlcera granulosa tuberculosa oral secundaria en mucosa vestibular mandibular, de borde irregular, depresión profunda, dos centímetros de diámetro, crónica, localizada en mucosa vestibular de la zona premolar de la arcada mandibular izquierda.



Fig.2 Escisión total de la úlcera granulosa tuberculosa oral secundaria, en toda su extensión, proyectándonos a 2 mm en tejido sano, adyacente a la zona de la lesión.



Fig.3 Regularización ósea y curetaje de la zona de la lesión. Se lavó la zona operatoria con solución salina estéril



Fig.4 Sutura en la zona operatoria



Fig. 5 Control postoperatorio 10 días



Fig. 6 Control postoperatorio 30 días. Zona de Lesión.



Fig. 7 Control postoperatorio 30 días. Zona dadora.



Fig. 8 Control postoperatorio 60 días. Zona de lesión

DISCUSIÓN

Las lesiones de tuberculosis oral, se encuentran sólo entre el 0,05% a 5,00% de casos, desarrollándose en la mayoría de ellos, como úlceras indoloras crónicas.[5,10-15] La importancia del reconocimiento de esta entidad, se encuentra en su diagnóstico temprano, pudiendo fácilmente confundirse con otro tipo de patologías en mucosa bucal como sífilis, histoplasmosis, cáncer plano epitelial o estomatitis aftosa recurrente.^{16,17} M. tuberculosis puede infectar todas las partes de la boca como paladar blando y duro, úvula, mucosa bucal, gingiva, labios, lengua, maxila y mandíbula.^{10,11-18}

Según investigaciones publicadas, por diversos autores como Aoun et al,2015[18], Rosado et al,2014[19]; Tauteet al,2015[5]; Krawiecka y Szponar, 2015[20] y Errami et al,2015[21], se reconocen dos tipos de tuberculosis orales: la tuberculosis oral primaria, que es más común en pacientes jóvenes, y ocasiona ganglios linfáticos agrandados y la tuberculosis oral secundaria, registrada en adultos de edad media y avanzada; infectando el M. tuberculosis, mucosa bucal, mucosa gingival, lengua, frenillo lingual y labios.

Nosotros reportamos, en una examinación de rutina en la cavidad bucal, en una mujer de 42 años, procedente de Lima, la presencia de una úlcera granulosa que no cicatriza, crónica, de aspecto irregular, con depresión profunda, de dos centímetros de diámetro, localizada en mucosa vestibular de la zona premolar de la arcada mandibular izquierda. Este hallazgo de tuberculosis secundaria, según la manifestación clínica, no presentó ganglios linfáticos locales aumentados de tamaño ni dolorosos, identificándose una úlcera de superficie irregular, cubierta con gránulos de Trelat. Nuestro hallazgo, guarda relación con lo reportado por Krawiecka y Szponar, 2015[20] y Erbaycu et al, 2007[22], quienes consideraron que por las características clínicas de la lesión, es posible su diferenciación de otras patologías en mucosa bucal.

Según Kakisi et al, 2010, la forma secundaria es observada más a menudo que la primaria.[11]El foco oral de la infección M. Tuberculosis puede aparecer como resultado de la autoinfección desde el esputo, con una ruta de transmisión hematogena o linfática. Es posible que en la mayoría de pacientes con tuberculosis, el flujo constante de saliva, y sus propiedades antibacterianas, podrían proteger a los tejidos orales de la invasión del bacilo tuberculoso. Sin embargo, también es posible que traumatismos locales en la cavidad bucal, puedan promover la infección, como lo referido por algunos investigadores[11,20-22].Además podríamos establecer, según nuestro estudio, que la tuberculosis oral secundaria, como respuesta a la invasión del bacilo M. tuberculosis a los tejidos orales, es predispuesto por factores locales como higiene oral deficiente, dispositivos protésicos y tratamientos odontológicos inadecuados.

Consideramos, que el aspecto más importante del tratamiento de tuberculosis es la terapia antituberculosa (ATT). El régimen de tratamiento consta de dos fases. La primera línea de tratamiento requiere de tres o cuatro antibióticos, para prevenir la resistencia al fármaco, usualmente INH, RMP, EMB y PZA. Estos antibióticos son administrados por dos meses inicialmente, para continuar por cuatro meses consecutivos con INH y RMP. El inadecuado manejo de tuberculosis o el incumplimiento de la aplicación del régimen antibiótico, produciría resistencia del bacilo.[9] Un buen seguimiento del régimen de tratamiento adecuado antituberculoso podría prevenir el cuadro de tuberculosis oral. Al respecto coincidimos con lo reportado por Pavlinac et al, 2016[1]; Araj et al, 2016[2]; Mokrousov et al, 2015[3]; Delong. 2008[4]; Taute et al, 2015[5]; Trin et al, 2016[6]; Ernst et al, 2010[7] y KoroKoro et al, 2015[8].

Sin embargo, al establecerse la lesión, es necesario considerar el diagnóstico de la tuberculosis oral, para determinar el tratamiento adecuado para cada paciente. En

relación al tratamiento quirúrgico, de la úlcera granulosa tuberculosa oral secundaria, la evidencia bibliográfica es escasa, sin embargo se reportan, en las investigaciones, la terapia tópica local con ungüentos antiinflamatorios y con agentes protectores de mucosa oral [11,20].

En nuestro caso, en una examinación de rutina clínica intraoral a la paciente, a quien se le realizó la anamnesis detallada, y la examinación clínica, evidenciamos la necesidad de realizar el tratamiento correctivo. Una vez, confirmado el diagnóstico clínico y anatómico patológico, la paciente fue sometida al protocolo de tratamiento clínico y quirúrgico estomatológico. Procediéndose a la escisión total de la úlcera granulosa tuberculosa e inmediatamente a la cirugía periodontal de la zona de la lesión, posicionándose un autoinjerto de tejido conectivo subepitelial. Nosotros coincidimos con autores como Cchina, 2015[23], Reino et al, 2015[24] y Zuh et al, 2014[25], en la utilización del injerto conectivo subepitelial, para tratamiento de plastia de grandes defectos mucogingivales.

Adicionalmente, debemos mencionar, que es necesario indicar la mejora de la higiene oral y la eliminación de factores traumáticos como dispositivos protésicos y tratamientos odontológicos inadecuados.

El objetivo de esta presentación, fue reportar un caso, en una examinación de rutina, de una úlcera granulosa que no cicatriza, de aspecto irregular, con depresión profunda, de dos centímetros de diámetro, localizada en mucosa vestibular de la zona premolar de la arcada mandibular izquierda, de una paciente de 42 años de edad. La paciente fue sometida a protocolo de tratamiento clínico y quirúrgico estomatológico. Realizándose la escisión quirúrgica del granuloma tuberculoso en su totalidad con proyección de 2 mm a tejido sano adyacente, y en consecuencia, la cirugía plástica periodontal, en la zona de la lesión, posicionándose un auto injerto de tejido conectivo subepitelial extraído de la zona palatina, y los controles postoperatorios respectivos.

Consideramos importante realizar la anamnesis detallada, y la examinación clínica, para enfatizar la importancia de un diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado del paciente con tuberculosis.

CONCLUSIÓN

La úlcera granulosa tuberculosa oral secundaria, crónica, de aspecto irregular, con depresión profunda, de dos centímetros de diámetro, fue hallada en mucosa vestibular de la zona premolar de la arcada mandibular izquierda, en una mujer de 42 años de edad

El tratamiento clínico y quirúrgico estomatológico oportuno, como la escisión quirúrgica de la lesión y en consecuencia, la cirugía plástica periodontal, con autoinjerto de tejido conectivo subepitelial, extraído de la zona palatina, nos reportó resultados óptimos en la mejora de la salud bucal, función y confort de la paciente tratada, a los 15, 30 y 60 días respectivamente.

Correspondencia

Rocío Violeta Valenzuela-Narváez

Correo electrónico: violetvaln16@icloud.com / violetvaln16@hotmail.com

Telefono:51985189322

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pavlinac PB, Lokken EM, Watson JL, Richardson BA, Crup JA, Jhon-Stewart GC. Mycobacterium tuberculosis bacteremia in adults and children: a systematic review and meta-analysis. *Int J Tuberc Lung*.2016;20(7):895-902
2. Araj GF, Saade A, Itani LY, Avedissian AZ. Tuberculosis burden in Lebannon: evolution and current status. *J MedLib* 2016;64(1):1-7
3. Mokrousov I. Molecular structure of Mycobacterium tuberculosis population in Russia and its interaction with neighboring countries. *Int J Mycobacteriol*.2015;4:56-7
4. DeLong L. Respiratory, gastrointestinal, neurologic and skeletal disorders. LippincotWilliams&Wilkins. Baltimore, Philadelphia.2008;243-45
5. Taute RB, Wylie J, Carter L. Oral and Maxillofacial Surgery: An unusual extranodal presentation of Mycobacterium Tuberculosis in the upper lip. *Dent Update* 2015;42:473-5
6. Trin QM, Nguyen HL, Do TN, Nguyen VN, Nguyen BH, Nguyen TV, Sintchenko V, Marais BJ. Tuberculosis and HIV co-infection in Vietnam. *Int J Infect Dis*.2016;46:56-60
7. Ernst D, Bange FC, Rana A, Baerlecken N, Puls F, Schmidt RE, Stoll M. Reactivation of tuberculosis with Mycobacterium bovis infection of the oral mucosa during immunosuppression. *Dtsch Med Wochenschr* 2010;135:1179-81
8. KoroKoro F, Ngatchou AF, Portal JL, Gutierrez C, Etoa FX, Eyangoh SI. The genetic population structure of Mycobacterium bovis strains isolated from cattle slaughtered at the Yaoundé and Douala abattoirs in Cameroon. *RevSciTech*. 2015;34:1001-10
9. Ministerio de Salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.2016.Lima, Perú.
10. Ebenezer J, Samuel R, Mathew GC. Primary oral tuberculosis: report of two cases. *Indian J Dent Res* 2006;17:41-4
11. Kakisi OK, Kechagia AS, Kakisis IK, Rafailidis PI, Falagas ME. Tuberculosis of the oral cavity: a systematic review. *Eur J Oral Sci*.2010;118:103-109
12. Ferguson KA, McCormack DG. Tuberculosis involving the oral cavity. *Can J Infect Dis*.1993;4:12-4
13. Klepacz J, Peterson R, Kurnatowska AJ. Tuberculosis in oral cavity-a case report. *PoradStomatol* 2008;8:169-72

14. Wang WC, Chen JY, Chen YK, Lin LM. Tuberculosis of the head and neck: a review of 20 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009;107:381-6
15. Von Arx DP, Husain A. Oral tuberculosis. *Br Dent J* 2001;190:420-2
16. Ram H, Kumar S, Mehrotra S, Mohommad S. Tubercular ulcer: squamous cell carcinoma of buccal mucosa. *J Maxillofac Oral Surg* 2012;11:105-8
17. Gurfinkel PC, Gurfinkel AC, Cuzzi T, Ramos-Silva M. Eosinophilic ulcer of the oral mucosa. *Skimmed*. 2012;10:228-231
18. Aoun N, El-Hajj G, El Toum S. Oral ulcer: an uncommon site in primary tuberculosis. *Aus Dent J*. 2015;60:119-122
19. Rosado P, Fuente E, Gallego L, Calvo N. Primary tuberculosis of the palate. *BMJ Case Rep*. 2014;12: 115-118
20. Krawiecka E, Szponar E. Tuberculosis of the oral cavity: an uncommon but still a live issue. *Postep Derm Alergol*. 2015;4:302-306
21. Errami N, Benjelloun A, Tahtah N, Hemmaoui B, Jahidi A, Nakkabi I, Zalagh M, Benariba F. Tuberculosis of the parotid gland: histology surprise. *Pan Afr Med J* 2015 Apr 10;20:343
22. Erbaycu AE, Taymaz Z, Tuksavul A, Afrashi SZ, Güclü. What happens when oral tuberculosis is not treated? - *Monaldi Arch Chest Dis*. 2007;67:116-118
23. Cchina S. A 12 Month Clinical and radiographic study to assess efficacy of open flap debridement and subepithelial connective tissue graft in management of supra crestal defects. *J Int Oral Health*. 2015;7:108-13
24. Reino DM, Maia LP, Novaes AB Jr, Souza SL. Comparative study of two surgical techniques for root coverage of large recessions in heavy smokers. *Int J Esthet Dent*. 2015; 10: 456-67
25. Zuhr O, Bäumer D, Hürzeler M. The addition of soft tissue replacement grafts in plastic periodontal and implant surgery: critical elements in design and execution. *J Clin Periodontol*. 2014;15:123-42

